**RICHIESTA DI RIESAME – ATTIVAZIONE TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO PER ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO**

*(ai sensi dell’art. 5 del d. lgs. 14 marzo 2013, n. 33)*

Al Responsabile della Prevenzione

della Corruzione e della Trasparenza

Titolare del potere sostitutivo

Lungomare Starita, n. 6 - ex CTO

 70132 – Bari

anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

direzionegenerale.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Il/La sottoscritto/a

 Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di (*indicare la qualifica solo se si agisce in nome e/o per conto di una persona giuridica*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di accesso civico

1. □ Semplice

riguardante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tenuto conto che ad oggi quanto richiesto risulta ancora

 □ non pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” sul sito istituzionale ASL BARI

□ non ha ricevuto risposta

 B. □ Generalizzato (c.d. FOIA)

riguardante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tenuto conto che ad oggi

□ non è pervenuta risposta

□ l’istanza è stata accolta parzialmente con decisione comunicata

 con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

□ l’istanza è stata rigettata con decisione comunicata con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

1. □ nel caso di ACCESSO CIVICO SEMPLICE

 alla S.V., in qualità di titolare del potere sostitutivo la pubblicazione del/di

*(Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell’istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella sezione “Amministrazione trasparente” sul sito ASL BARI e la comunicazione al/alla medesima/a dell’avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto forma oggetto di istanza

1. □ nel caso di ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

il riesame e/o l’attivazione del potere sostitutivo relativo alla suddetta istanza per le seguenti motivazioni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente istanza:

□ con raccomandata A/R, con spese a proprio carico, all'indirizzo di residenza innanzi indicato

□ all’indirizzo PEC innanzi indicato

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità, ad eccezione del solo caso di sottoscrizione digitale (art. 65, CAD)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)**

 Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. I dati saranno trattati dall’ASL BARI, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell’informativa completa pubblicata sul sito dell’ASL BARI (Informativa sulla privacy)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_